

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROLAPSUS DE L'URÈTRE
CHEZ LA FEMME
ET EN PARTICULIER CHEZ LA PETITE FILLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Décembre 1919

PAR

ROCH (Jean-Louis-Alphonse)

Né à Dôle (Jura), le 3 octobre 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{ FORGUE, Professeur, *Président*.
ESTOR, professeur.
JEANBRAU, agr. libre.
RICHE, agrégé.

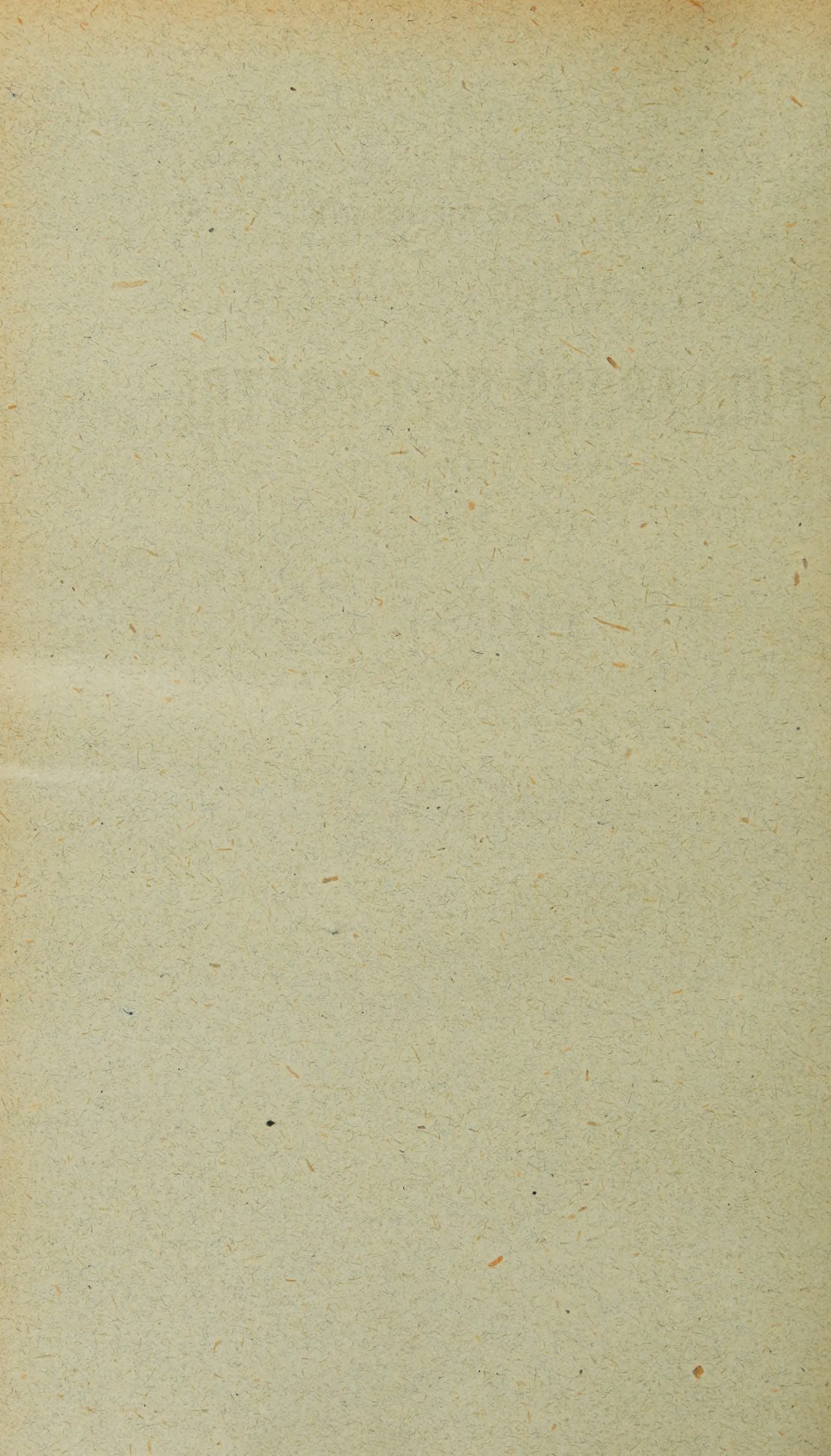
} *Assesseurs*



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROLAPSUS DE L'URÈTRE
CHEZ LA FEMME
ET EN PARTICULIER CHEZ LA PETITE FILLE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PROLAPSUS DE L'URÈTRE

CHEZ LA FEMME

ET EN PARTICULIER CHEZ LA PETITE FILLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Décembre 1919

PAR

ROCH (Jean-Louis-Alphonse)

Né à Dôle (Jura), le 3 octobre 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	FORGUE, Professeur, <i>Président</i> .	}	<i>Assesseurs</i>
	ESTOR, professeur.		
	JEANBRAU, agr. libre.		
	RICHE, agrégé.		



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA (*).	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. *).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.).
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⚔).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (⚔).
Microbiologie ..	N...
Pathologie interne.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. * ⚔), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN * ⚔, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (* ⚔), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ⚔).	J. DELMAS (⚔).	PECH (* ⚔) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, prof., présid^t; ESTOR, prof.; JEANBRAU, agr. libre;
RICHE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

J. ROCH.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAYE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE TOURS

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ASILE DE CLOCHEVILLE

*Qu'il reçoive ici l'expression de ma
reconnaissance sincère.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE TOURS

A MADAME LA SUPÉRIEURE
ET A TOUTES LES SOEURS DE L'ASILE
DE CLOCHEVILLE

Témoignage de ma profonde admiration.

J. ROCH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

J. ROCH.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PROLAPSUS DE L'URÈTRE
CHEZ LA FEMME
ET EN PARTICULIER CHEZ LA PETITE FILLE

HISTORIQUE

Le prolapsus de l'urètre chez la femme est rapporté déjà par Morgagni en 1751. Mais ce n'est qu'en 1842 que Tavignot, qui eut l'avantage d'en observer 3 cas, présente la première étude importante de cette question dans « L'Examinateur médical ».

En 1866, dans le « Bulletin général de thérapeutique », Guersant présente un travail d'ensemble sur le prolapsus urétral dont il a observé 12 à 15 cas. Déjà il note, comme cause pathogénique, les efforts réitérés de la toux, et l'influence de la débilité générale.

Kleinwachter, en 1891, réunit 100 observations. Puis une première thèse paraît : c'est celle de Pourtier qui, en 1896, cite quatre observations concernant des fillettes de 6 à 10 ans.

En 1899, deux thèses paraissent simultanément : ce

sont celle de Voillemin à Paris et celle de Cabrol à Montpellier.

En 1900, M^{lle} Rechniewska défend une théorie pathogénique d'après laquelle le prolapsus de la muqueuse urétrale succéderait à la dilatation angiomateuse des vaisseaux de la muqueuse.

Citons ensuite les publications de Broca dans les « Annales de gynécologie », celles de Puech et Amelter (de Montpellier) dans la « Gazette des hôpitaux » de 1898, la leçon de Broca en 1902, la thèse de Lamblin en 1903, enfin celle de Borie-Labat à Montpellier en 1905-1906.

ANATOMIE NORMALE

L'urètre de la femme a une longueur de 34 millimètres en moyenne. Son diamètre est environ de 7 à 8 millimètres, mais il est susceptible de se dilater beaucoup. D'ailleurs, rétréci au niveau du méat urinaire, il s'élargit jusqu'à 8 ou 10 millimètres de distance du col vésical où il se rétrécit de nouveau.

La direction est oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et il décrit une légère courbure à concavité supérieure. Au delà et en deçà de l'aponévrose périnéale moyenne qu'il traverse, l'urètre se trouve situé en partie dans l'excavation pelvienne, et en partie dans le périnée antérieur. En arrière, il repose sur la paroi antérieure du vagin, dont il est ensuite séparé par du tissu cellulaire sous-cutané et par des veines souvent flexueuses et variqueuses.

En avant et sur les côtés, l'urètre répond au plexus de Santorini, à l'aponévrose périnéale moyenne et au muscle transverse profond, à l'angle de réunion des racines du clitoris, à la partie antérieure du bulbe, et au muscle constricteur du vagin.

Le col répond à l'angle antérieur du trigone vésical.

Le méat s'ouvre à deux centimètres en arrière du clitoris, en avant de l'entrée du vagin.

La surface interne de l'urètre, de coloration blanc cendré, présente des plis longitudinaux, transverses et obliques, qui s'effacent par la distension.

Au point de vue histologique, la structure de l'urètre nous offre :

a) Une tunique muqueuse qui présente, comme chez l'homme, une série de trous linéairement disposés qui ne sont autre chose que les orifices des conduits excréteurs des glandes en grappe. Indépendamment de ces glandes parsemées sur le trajet de l'urètre, il en existe un groupe important qui est situé au pourtour du méat, surtout à sa partie inférieure.

b) Une tunique musculuse très épaisse, formée de deux couches : l'une interne longitudinale, à fibres lisses se continuant avec les fibres du corps de la vessie ; l'autre externe circulaire, à fibres striées qui prolongent les fibres du sphincter.

c) Ces deux tuniques sont séparées l'une de l'autre par une couche assez lâche de tissu conjonctif. Nous nous permettons d'insister sur la présence de cette couche qui explique que la muqueuse peut facilement glisser sur la musculuse.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La petite fille présente plus souvent un prolapsus de l'urètre que la femme. La statistique de Kleinwachter indique :

1 à 15 ans	66 p. 100
22 à 37 —	11 —
47 à 75 —	22 —

On a cherché à expliquer cette fréquence anormale par une moindre tonicité du tissu que l'on rencontrerait dans l'enfance; on a invoqué aussi une malformation congénitale qui pourrait être la cause du glissement de la muqueuse, et par cela même expliquerait la présence de l'affection dans les premières années de la vie. Enfin on a incriminé le manque de propreté des parties génitales chez l'enfant et la masturbation.

Aucune de ces considérations ne nous paraît satisfaisante, et avouons que nous ne connaissons pas la raison qui explique la prédominance du prolapsus de l'urètre chez les petites filles.

Adressons-nous donc aux quelques 40 à 50 observations que nous avons pu réunir dans la littérature médi-

cale, et voyons quelle est l'étiologie qu'on peut invoquer dans la plupart des cas.

a) Dans certaines observations on constate que le prolapsus se produit chez des enfants ayant un mauvais état général. Il s'agit de petites malades présentant des cicatrices d'abcès ganglionnaires suppurés, de jeunes anémiques, de malades nettement atteintes de tuberculose, d'enfants présentant une atonie manifeste de l'orifice anal et du méat. Enfin le cas signalé par Puech et Puig-Amelter relate un cas de prolapsus chez une enfant soignée pour un mal de Pott lombaire.

Il semble bien d'ailleurs qu'au début de la tuberculose la tonicité des tissus subit une diminution.

Lamblin, sur 36 cas observés, trouve au moins 2 cas pour lesquels on peut incriminer l'état défectueux de la santé et l'affaiblissement histologique qui en résulte. Guersant disait d'ailleurs bien avant lui : « J'ai observé 12 à 15 cas de chute de l'urètre chez les petites filles en général d'une santé peu robuste. »

Il semble donc qu'il y ait lieu de trouver là une première explication.

b) Le prolapsus de l'urètre peut avoir été précédé d'accidents inflammatoires de la vulve et de l'urètre. Avant l'apparition de la tumeur, quelques enfants ont en effet présenté de la vulvo-vaginite plus ou moins négligée.

D'une part, ces affections agissent sur la muqueuse qui s'hypertrophie, devient œdémateuse, par conséquent moins adhérente aux tissus sous-jacents, et par suite dont le glissement devient plus facile.

D'autre part, le gonflement diminuant le calibre de l'urètre, peut créer un obstacle au passage de l'urine, tandis que l'inflammation du méat et de l'urètre entraîne

de la douleur, de plus fréquents besoins d'uriner, et par suite des efforts de miction. Ce n'est qu'au prix d'efforts considérables que ces malades arrivent à vider leur vessie, et le prolapsus urétral se constitue dans les mêmes conditions qu'un prolapsus rectal.

c) Prolapsus qui semblent dépendre de causes mécaniques.

Tandis que, pour M^{lle} Rechniewska, l'inflammation joue le rôle essentiel dans la production du prolapsus urétral, pour d'autres auteurs, comme Voillemin, il convient de n'incriminer que des conditions mécaniques.

Wohlgemuth (Deutsch. med. Woch., 1897) incrimine d'une façon toute exclusive l'exagération de la pression abdominale qui se produit durant la toux et les efforts de défécation et de miction.

Guersant lui aussi en 1866 écrivait: « Ceux que nous avons pu reconnaître sont pour nous des efforts réitérés, soit de toux comme dans les quintes violentes de la coqueluehe, soit la constipation qui nécessite des efforts violents et fréquents. »

Il est incontestable qu'en feuilletant les diverses observations qui ont été rapportées par les auteurs, on en trouve un certain nombre où l'effort peut être nettement incriminé. C'est tantôt de la constipation opiniâtre, tantôt une diarrhée avec ténesme intense, tantôt des quintes de coqueluche, tantôt des efforts pour uriner.

Dans tous ces cas nous relevons le même mécanisme: tandis que la pression abdominale augmente, les points faibles cèdent; et tandis que, chez les uns, c'est l'anneau inguinal qui se laisse franchir, ou un sphincter affaibli qui laisse passer une partie du rectum, chez les petites filles ce sera la muqueuse de l'urètre qui se laisse chasser hors du méat.

d) Pour être complet signalons la théorie d'Hutchinson, reprise par Singer en 1898, d'après laquelle on constaterait de la dilatation des capillaires, dilatation suffisante pour former de véritables angiomes qui entraîneraient un renversement de la muqueuse urétrale, de même que les hémorroïdes anales s'accompagnent d'un renversement de la muqueuse anale.

Il est difficile de prendre nettement position au milieu de théories aussi diverses. Comme toujours les auteurs en quête d'originalité ont été beaucoup trop absolus dans leurs conclusions. Sans doute les causes mécaniques interviennent. Mais toutes les petites filles qui toussent n'ont pas un prolapsus de l'urètre, de même que tous les constipés n'ont pas une hernie inguinale. Nous ne rejetterons donc pas les causes favorisantes et parmi celles-ci nous retiendrons surtout :

L'affaiblissement des tissus (dû à la tuberculose ou à un état de convalescence) ;

L'inflammation de la vulve ou de l'urètre, qu'elle soit d'origine blennorragique ou non.

ÉTUDE CLINIQUE

Le début du prolapsus de l'urètre est en général lent et insidieux. Sans doute on a signalé quelquefois un début brusque : il s'agissait de cas où la muqueuse, sous l'influence d'un effort, fut brusquement pincée à travers un méat non encore dilaté, et des symptômes généraux comparables à ceux d'un étranglement herniaire se manifestèrent.

Mais ce ne sont là que des cas d'exception.

Dans les cas les plus ordinaires on ne constate qu'un peu de gêne au niveau des parties génitales, quelquefois une légère hypertrophie glandulaire de la papille urétrale. C'est surtout chez la femme âgée que les choses se passent ainsi ; souvent c'est au déclin d'une urétrite gonococcique, d'une cystite qu'évolue la maladie.

Mais le prolapsus ne s'accuse pas encore par des signes fonctionnels et objectifs nettement appréciables. Il faut que l'affection pénètre dans la période d'état.

Dès lors l'examen de la vulve révèle l'existence d'une petite masse charnue faisant saillie entre les grandes lèvres ; masse dont les dimensions varient avec l'âge de la malade et l'ancienneté de la lésion, et peuvent osciller

entre les dimensions d'un grain de raisin et celles d'un œuf de pigeon.

Cette tumeur, disent les observations, est en général rouge violacé, sa consistance est molle, la pression ne révèle que de médiocres douleurs, la surface est en général bosselée, semée parfois de taches de pus et saignant au moindre contact. A la partie centrale on peut distinguer, à un examen minutieux, un petit orifice par lequel s'écoulera l'urine et dans lequel on peut parfaitement introduire une sonde. En écartant les grandes lèvres on pourra se convaincre que la base d'implantation siège en arrière du clitoris, en avant de l'hymen et de l'entrée du vagin.

Le diagnostic est fait.

L'affection se manifeste en général par des douleurs et des hémorragies ; et c'est le plus souvent pour ces symptômes subjectifs qu'on vient présenter la malade au médecin.

La douleur se réveille sans doute à la miction, s'accompagnant d'un douloureux besoin d'uriner qui entraîne de la pollakiurie, mais l'urine s'écoulant sur cette muqueuse enflammée entraînera une douleur cuisante et tout à fait caractéristique qui se révélera à la marche, et contraindra même parfois la petite malade à la claudication. Ajoutons à cette douleur ainsi provoquée un frottement des grandes lèvres sur la tumeur congestionnée, et nous comprendrons dès lors le tableau clinique que nous décrit la malade à un premier examen.

C'est souvent aussi pour une hémorragie que la malade est présentée au médecin. Cette hémorragie, silencieuse en général tant que la malade est couchée, se manifeste à la marche. Bornée quelquefois à un simple

épanchement sanguin, elle peut avoir une intensité beaucoup plus considérable et faire croire soit à un début de la menstruation, soit, comme le rapporte Broca, à un attentat criminel.

Ces deux signes (hémorragies et douleurs) devront attirer l'attention ; un examen local s'impose, il révélera la présence de la tumeur dont les caractères signalés plus haut permettront d'établir fermement le diagnostic.

DIAGNOSTIC

Les deux grands signes sur lesquels nous venons d'insister dans le chapitre précédent : douleur et hémorragie, font penser plutôt à une simple vulvite ou à un début de règles qu'à un prolapsus de l'urètre. Il suffit d'y penser ou mieux d'examiner attentivement la malade au lieu d'instituer un traitement banal après un examen ultra-superficiel.

Mais c'est surtout une tumeur de l'urètre qui peut constituer la cause essentielle d'erreur.

Le *papillome* est recouvert de villosités : d'abord intra-urétral, il se développe lentement, parvenant ensuite à faire hernie à travers le méat. Sa surface est irrégulière, et l'orifice urétral se trouve non plus au centre, mais sur le pourtour de la tumeur.

Tandis que dans un prolapsus on peut faire, armé d'une sonde, le tour de la tumeur sans jamais pouvoir pénétrer dans le canal de l'urètre, lorsqu'il s'agit d'un *polype*, la sonde peut à coup sûr s'insinuer entre la muqueuse et ce polype et pénétrer jusque dans la vessie. De plus, le pédicule du polype sera mince, allongé, tandis que celui du prolapsus sera court et arrondi.

Le *cancer de l'urètre* se montre sous la forme d'une

tumeur dure, de consistance ligneuse ; les régions sous-jacentes sont indurées, et l'adénopathie inguinale est de règle. Ajoutons enfin que les troubles urinaires présentent une acuité bien plus considérable.

A côté de ces tumeurs bénignes ou malignes de l'urètre, il convient de signaler la confusion possible avec un *urétrocèle*, c'est-à-dire une tumeur formée par une partie rénitente ou fluctuante s'ouvrant dans le 1/3 moyen du canal, et faisant quelquefois saillie à travers le méat. Là encore, c'est la présence d'un orifice central, permettant l'introduction d'une sonde jusque dans la vessie, qui révélera le diagnostic.

Signalons la *cystocèle urétrale*, qui est une affection fort rare ; entre la hernie vésicale et la paroi urétrale se trouve une gouttière virtuelle où peut s'insinuer le stylet.

Quelques méprises peuvent encore se produire : un prolapsus urétral a pu être pris pour un col de l'utérus abaissé ; dans un cas signalé par Blanc et cité par Broca au cours d'une leçon clinique, un médecin, inspiré par les craintes familiales, crut à un viol, et mit en branle, sans examen approfondi, gendarmes et magistrats.

De tout cela il ressort que le diagnostic est relativement aisé, mais comme toujours en médecine :

1° Il faut y penser ;

2° Il faut toujours et sans cesse un examen objectif minutieux.

COMPLICATIONS. — PRONOSTIC

Sans doute, dans des cas exceptionnels, le prolapsus de la muqueuse urétrale peut être réduit : n'y comptons pas. Dans l'immense majorité des cas la muqueuse une fois hors du méat y reste.

En général, la tumeur augmente progressivement de volume, puis sous l'influence de la marche, ou d'un attouchement trop fréquemment renouvelé, la tumeur s'ulcère, devient douloureuse et saigne au moindre contact. Dès lors apparaissent à sa surface des îlots purulents, des plaques de sphacèle ; de là à l'infection il n'y a qu'un pas, et si la malade, retenue par une pudeur aussi ridicule que déplacée, se garde de révéler sa lésion, on se trouve vite en présence d'une tumeur relativement volumineuse, devenue molle et franchement purulente.

Ajoutons encore que la portion prolabée de la muqueuse peut s'étrangler, entraînant des vomissements, de la fièvre, en un mot un état général grave qui fera croire à une hernie étranglée.

A part ces accidents fort heureusement très rares, le prolapsus de l'urètre constitue une affection bénigne,

mais qui pour être bénigne n'en est pas moins ennuyeuse, gênante, souvent même douloureuse et dont il convient de se débarrasser.

Voyons les procédés qui le permettront.

TRAITEMENT

En présence d'un prolapsus de la muqueuse urétrale, il y a lieu de se demander d'abord si la tumeur est ou n'est pas réductible.

Dans le premier cas on condamnera la petite malade au repos absolu, et on appliquera un bon pansement compressif. Mais les cas où ce moyen peut réussir complètement sont exceptionnels. En général, la tumeur peut diminuer sous l'influence du repos, mais ne disparaît pas entièrement.

Par contre, un prolapsus partiel peut être réduit par des attouchements au moyen de substances caustiques, en particulier d'une solution de nitrate d'argent au 1/50. Nous rapportons, par ailleurs, une observation inédite où on a pu obtenir d'excellents résultats. Broca, lui-même, écrit que lorsqu'il existe simplement un léger degré d'ectropion circulaire de la muqueuse, le nitrate d'argent aurait donné des résultats satisfaisants.

Signalons encore le succès obtenu par Vidal en appliquant sur la tumeur du sulfate de cuivre et de la poudre de sabine par parties égales.

M. le professeur Forgue, pour remédier aux inconvé-

nients que peut présenter l'application de substances caustiques sur la muqueuse génitale des enfants, emploie une méthode aussi élégante que sûre : il applique sur la tumeur une couronne d'ignipunctures profondes à l'aide du galvanocautère. Sous l'influence de ce traitement le prolapsus partiel de l'urètre régresse rapidement.

Mais, lorsque la tumeur est un peu considérable et irréductible, c'est aux moyens chirurgicaux qu'il convient de s'adresser. L'excision sera indiquée.

A titre simplement historique, citons le procédé qui consiste à poser une ligature qui déterminait la chute de la muqueuse prolabée : c'est le procédé employé par Courty et Barus, par Reichelt, Morand et Richard.

D'autres sectionnaient la tumeur au thermocautère, c'est ainsi qu'opéra Lannelongue : c'est qu'en effet on craignait avant tout une violente hémorragie. Broca s'élève contre cette manière de voir, et considère que l'instrument tranchant ne provoque pas une hémorragie telle qu'il faille préconiser l'ablation au fer rouge. L'excision au bistouri avec suture exacte serait le procédé de choix.

Il faudra donc introduire un cathéter dans le canal de l'urètre, disséquer la tumeur à sa périphérie, la libérer, puis sectionner le pédicule. Il faut, au cours de cette intervention, éviter de tirer sur la muqueuse prolabée, ce qui amènerait une section trop considérable et ce qui pourrait produire un thrombus ainsi que l'a signalé Emmet.

La partie supérieure de la muqueuse aura tendance à se rétracter vers la vessie, et l'affrontement à la lèvre extérieure deviendrait difficile ; il faudra donc fixer avec soin cette lèvre du bourrelet de la muqueuse.

Pour éviter ces écueils, voici comment procède Broca : Il fend la tumeur dans toute son étendue, et avant d'aller plus loin il place une fine soie à l'angle de l'incision ; il en fait autant en arrière. Puis, mais seulement à ce moment-là, il ampute d'un coup de bistouri les deux moitiés de la masse morbide. Il suture ensuite à la soie les lèvres de la muqueuse.

M. le professeur Fôrgue saisit à l'aide de pinces les 4 points cardinaux de la tumeur ; et il incise à coup de ciseaux dans cette zone circulairement de façon à faire une véritable circoncision tout autour de la base.

Puis il dissèque l'urètre et le mobilise pour permettre un affrontement sans traction, et une suture aussi exacte que possible.

Puech arrive au même résultat de la façon suivante : « Avec une aiguille droite de couturière traversant à son point d'implantation la tumeur légèrement tendue par une pince, un premier fil de soie est placé suivant une direction antéro-postérieure. De la même façon un second fil est conduit perpendiculairement au premier. L'intersection des 2 fils disposés en croix à la base de la tumeur se trouve ainsi au centre du canal de l'urètre. Un peu au devant des fils, la tumeur est alors rapidement excisée au bistouri. Avec une pince on attire hors de l'urètre la portion médiane de chacun des fils, ce qui détermine la formation de deux anses. En sectionnant ces deux anses on obtient quatre fils qui se trouvent placés aux 4 points cardinaux, et qu'il ne reste plus qu'à lier pour bien affronter la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la muqueuse excisée. »

Ces différents procédés donnent d'excellents résultats ; cependant on a pu signaler quelques cas de rétrécisse-

ment du méat et de cicatrice vicieuse, consécutifs à l'excision du prolapsus.

Aussi Singer, pour remédier à cet inconvénient, propose-t-il le procédé suivant :

« Après avoir enlevé de la partie supérieure de la muqueuse prolabée un premier lambeau ovalaire, il réunit les lèvres de la plaie et découpe ensuite dans la portion inférieure de la muqueuse un deuxième lambeau ayant la forme d'un triangle à sommet dirigé en arrière. Les deux côtés de ce triangle sont ensuite rapprochés. » Cette opération aurait l'avantage d'allonger la muqueuse et d'éviter le rétrécissement consécutif du méat.

Enfin citons le procédé de Kleinwachter qui, suivant une longueur de 2 cm. $1/2$, sectionne l'urètre le long de son côté droit ; sur le côté gauche du méat et à un centimètre en arrière de lui, il tombe sur le pédicule allongé du prolapsus, tire sur la muqueuse, la coupe au ras de la paroi et réunit les deux lèvres muqueuses à la plaie extérieure.

Tels sont les principaux procédés qui ont été décrits. Quel que soit le mode d'intervention choisi, il conviendra dans tous les cas de lutter dans la mesure du possible contre la cause du prolapsus : C'est ainsi qu'on tâchera de modérer la toux d'une petite bronchitique, qu'on pratiquera de soigneux lavages de la vulve et du vagin pour enrayer la marche de l'infection, qu'on tâchera de s'opposer à une constipation qui entraîne des efforts de défécation considérables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Tillaye, de Tours)

C. M..., 5 ans 1/2, entrée le 29 septembre 1919.

Le médecin de la famille, qui avait déjà vu la malade, avait porté le diagnostic de polype de l'urètre.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — La malade n'a présenté aucune maladie antérieure.

Antérieurement à son entrée, l'enfant a perdu du sang en assez grande abondance depuis 8 jours.

29 septembre. — A l'examen on constate un volumineux prolapsus de la muqueuse urétrale. Tout autour de l'orifice de l'urètre, on voit une muqueuse rouge violacé, turgescence, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs. Une sonde cannelée pénètre dans la vessie au centre de cette muqueuse. Au-dessous, cette sonde pénètre dans le vagin. L'enfant ne souffre pas et urine normalement.

5 octobre. — La tumeur a considérablement diminué. L'enfant est restée au lit, et c'est peut-être à ce séjour au lit que l'on doit la diminution de ce prolapsus qui n'atteint plus que les dimensions d'une pièce de 50 centimes.

On établit le traitement au nitrate d'argent : Attouchement de la muqueuse avec une solution à 1 p. 50. Le traitement paraît donner les plus brillants résultats.

OBSERVATION II

(Observation de Brinon)

Il s'agit d'un prolapsus de l'urètre chez une malade qui porte au cou des cicatrices d'abcès ganglionnaires. — Excision au thermocautère.

L. P..., 5 ans, entrée à l'hôpital Trousseau, le 23 août 1887.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole et la coqueluche. Porte au cou des cicatrices non douteuse d'abcès ganglionnaires suppurés.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, la malade se plaignait de vives douleurs de ventre accompagnées de vomissements. On constate le même jour qu'elle perdait ses urines.

Le lendemain, la mère découvrit la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, de couleur rouge sombre, très douloureuse et saignante, faisant saillie de 4 à 5 cm. entre les grandes lèvres.

24 août. — A l'examen, on aperçoit cette tumeur répondant exactement aux descriptions faites par la malade, et présentant à son tiers moyen une dépression verticale, linéaire, qui répond au méat de l'urètre. La surface est saignante au moindre contact.

Dans sa demi-circonférence postérieure, la tumeur est libre, et de ce côté-là la sonde cannelée peut la contourner, et en la soulevant on aperçoit l'entrée du vagin.

On constate en outre un peu de douleur à la marche, des mictions douloureuses et fréquentes.

27 août. — La coloration de la tumeur se modifie. Les petits mamelons de la surface sont d'un rouge vif comme auparavant, mais quelques-uns prennent une teinte noirâtre, la tumeur semble commencer à se sphacéler.

30 août. — Toute la surface est rouge brun en voie de sphacèle ; le volume diminue notablement.

20 octobre. — On fait sur la tumeur 4 ou 5 pointes de feu légères au thermocautère.

13 décembre. — Le professeur Lannelongue introduit une sonde ordinaire dans l'urètre et enlève, avec une pince à griffes et un thermocautère, tout le pourtour de la tumeur en la sectionnant par petits lambeaux.

14 janvier. — La malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION III

(Puech et Puig-Amelter. — *Gazette des hôpitaux*, 1898)

Prolapsus de l'urètre chez une malade atteinte de mal de Pott lombaire.

A eu une uréthro-vulvite.

E. M..., âgée de 6 ans, entre le 31 juillet 1898 dans le service de M. Estor, pour un mal de Pott lombaire.

Antécédents héréditaires.— Le père est mort de tuberculose pulmonaire ; la mère a une luxation congénitale de la hanche. A perdu un frère âgé de 1 mois.

Antécédents personnels.— Rougeole à l'âge de 4 ans ; dans la première enfance, a eu un prolapsus de la muqueuse rectale, complètement disparu. Il y a deux ans, a été soignée pour une uréthro-vulvite.

A l'heure actuelle, la malade est pâle et maigre. Depuis un mois, elle se plaint de douleurs à la vulve et tache de sang sa chemise. Elle n'accuse pas de troubles de la miction.

Le 25 août, on aperçoit, faisant saillie au devant des petites lèvres et cachant l'orifice vaginal, une tumeur de forme ovale, dont le grand axe correspond à celui de la vulve, et dont le volume atteint celui d'une demi-noix. De couleur rouge foncé, la tumeur présente en son milieu un orifice très dilaté, au pourtour duquel la coloration est violacée, en certains points même noirâtre. Elle apparaît largement pédiculée au-dessous du clitoris ; dans le sillon qui la sépare de ce dernier organe se voient 3 petits

orifices diverticulaires, dans lesquels un fin stylet introduit est vite arrêté. La tumeur est irréductible.

L'introduction d'une petite sonde de femme dans l'orifice dilaté amène l'écoulement d'une certaine quantité d'urine.

Le 23 août, intervention suivant le procédé qui a été déjà décrit dans l'article « Traitement ».

Le 30 août, l'urine sort claire. Pas de fièvre. L'enfant ne se plaint que lorsque l'on touche la sonde.

Le 1^{er} septembre, on supprime la sonde.

Le 8 septembre, la malade sort entièrement guérie.

OBSERVATION IV

(M. le professeur Forgue, in thèse Borie-Labat)

Prolapsus de l'urètre précédé d'une uréthro-cystite d'origine gonococcique

M... P..., 51 ans, entrée salle Dubrueil, le 25 juin 1906.

Antécédents héréditaires.— Sans intérêt.

Antécédents personnels.— La malade a eu 8 enfants. Les règles ont cessé il y a 15 mois ; elle a eu plusieurs bronchites, un érysipèle il y a 3 ans et une uréthro-cystite de nature probablement gonococcique.

Histoire de la maladie.— Il y a 7 ou 8 mois, la malade a eu des mictions très fréquentes ; ces mictions étaient douloureuses et provoquaient une sensation de brûlure. Quelques gouttes de sang étaient expulsées à la fin de

chaque miction. Un médecin constate alors au niveau du méat une petite excroissance qui est cautérisée. Diminution momentanée, puis réapparition de la tumeur.

Le 25 juin, la région du méat est occupée par une petite tumeur rouge d'aspect framboisé. Cette surface mûriforme est constituée par la muqueuse urétrale ectropionnée et éversée en plis mamelonnés irréguliers. Le méat est légèrement excentrique.

Opération conduite suivant les principes énoncés à l'article « Traitement ».

Le 28 juin, la sonde est enlevée.

Le 28 juillet, la malade sort guérie, la miction est normale, pas de rétrécissement.

Examen microscopique dû à M. le professeur Bosc :

I. — La coupe de la partie superficielle présente une surface fortement papillomateuse, constituée par des bourgeons épithéliaux volumineux, épidermisés, présentant dans leur axe, et surtout dans leur surface, de très grosses cellules du type malpighien, certains se disposant même de façon à constituer de vagues sphérules épidermiques. Ces formations épithéliales peuvent vider toute leur partie centrale formée de cellules hypertrophiées, puis dégénérées, à l'intérieur, formant des anfractuosités susceptibles de s'agrandir dans le derme dissocié par l'œdème et l'hémorragie. Une partie des bourgeonnements superficiels n'est épidermisée qu'à la surface et s'enfonce dans la profondeur sous la forme de tubes d'aspect papillomateux revêtus de plusieurs couches de cellules cylindriques. Ces tubes prolifèrent dans le tissu conjonctif infiltré de cellules embryonnaires.

Constituant des groupements adénomateux typiques, les bourgeonnements de type épidermique sont toujours limités par une basale nette, et il en est de même pour

la plupart des formations adénomateuses de la profondeur. Toutefois en certains points la prolifération épithéliale glandulaire paraît déborder la basale et se diffuser dans le tissu conjonctif.

II. — Au niveau des coupes moyenne et profonde on constate les mêmes lésions sauf que l'épidermisation de surface est moins intense, les bourgeonnements de type malpighien moins volumineux et la prolifération des culs-de-sac glandulaires bien moins prononcée.

OBSERVATION V

(Bryant, *in* thèse Voillemin)

Prolapsus de l'urètre guéri par simple réduction

Il s'agit d'une enfant de 6 ans, vue le 14 juin 1893. La malade avait souffert pendant 3 ans d'une façon intermittente d'inflammation générale avec écoulement par la vulve de mucosités sanguinolentes.

A l'examen on trouva les organes génitaux baignés de mucosités sanguinolentes, et entre les grandes lèvres on aperçut une masse saillante, rouge cerise, laissant suinter du sang. Elle avait environ $3/4$ de pouce de diamètre et autant de longueur; elle possédait un orifice central entouré par des plis muqueux; un cathéter introduit dans cet orifice pénétra dans la vessie.

Le lendemain, l'enfant fut examinée sous le chloro-

forme ; l'urètre ayant été dilaté, on explora du doigt la vessie, mais sans résultat. On en profita néanmoins pour réduire la muqueuse prolabée et la malade fut guérie.

OBSERVATION VI

(Due à M. Giuliani, *in* thèse Voillemin)

Prolapsus de l'urètre chez une malade présentant une dilatation anormale de l'urètre, et ayant une diarrhée profuse avec ténésme intense

Fillette de 11 ans qui se plaignait de violentes douleurs dans le bas-ventre et d'une difficulté assez grande pour uriner. En outre, elle perdait du sang par la vulve où se trouvait une tumeur noirâtre. L'anamnèse apprit que la malade avait eu, pendant une huitaine de jours auparavant, la diarrhée avec ténésme intense et que la tumeur s'était montrée à la suite.

Au niveau du méat se trouvait une tumeur de 1 centimètre et demi de long environ, grosse comme une noisette, rouge sombre, légèrement saignante, ayant l'apparence d'un polype, qui recouvrait la grande lèvre gauche et semblait prendre sur elle son origine.

A un examen plus attentif on découvrait sur le sommet de cette tumeur comme une petite dépression circulaire ; un cathéter introduit dans cette dépression montra que c'était l'origine externe de l'urètre, à travers lequel on parvenait avec un peu de peine dans la vessie, d'où sortit une urine claire. Après l'examen de toutes

les parties de la vulve, il devint indubitable que la tumeur sortait de l'urètre et ne pouvait être qu'un prolapsus circulaire de sa muqueuse.

Application de compresses imbibées d'eau blanche et d'une solution d'alun. On dilate les sphincters avec le dilatateur de Hégar.

Au bout de 8 jours, la diminution du volume de la tumeur obtenue était telle que le prolapsus pouvait être réduit avec le dilatateur. Toutefois, il se reproduisit à un faible degré après que l'on eût cessé de dilater.

Au bout de 8 semaines, la réduction complète fut obtenue.

Comme fait étiologique important, il se trouvait que l'urètre de la jeune fille était relativement large ; de plus, la mère de l'enfant avait présenté la même affection à l'âge de 12 ou 13 ans.

OBSERVATION VII

(Broca. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1896)

Prolapsus de l'urètre à la suite d'une bronchite au cours de laquelle se produisirent de violentes et fréquentes quintes de toux.

Le 12 février 1896, on présente à l'hôpital Trousseau une enfant de 6 ans, souffrant depuis trois jours de pertes de sang par la vulve. Il y avait un suintement léger mais continu ; à la fin de la journée, la chemise était tachée

comme celle d'une femme, et, pour une fille de 6 ans, cela parut anormal à sa mère.

L'interrogatoire n'a révélé aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Par contre, on a appris que l'hémorragie a débuté le jour où l'enfant s'est levée pour la première fois après un séjour de 15 jours au lit pour une bronchite accompagnée de fortes quintes de toux.

Au niveau du méat, on aperçoit quelques traces de sang sur un petit bourrelet rouge à peine saillant, ressemblant à une muqueuse enflammée.

Le sang était formé par un prolapsus de la muqueuse urétrale.

Cautérisation 3 jours de suite sur le bourrelet saillant avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 50; dès le premier attouchement, l'hémorragie a cessé, et au bout de trois jours tout était terminé.

OBSERVATION VIII

(Broca. — Leçons de chirurgie infantile)

Erreur de diagnostic. — Un prolapsus de l'urètre dont l'écoulement sanguin fit croire à un viol.

La mère de l'enfant s'aperçoit un matin qu'elle porte à la vulve une tumeur d'apparence suspecte. La malade fut conduite chez un pharmacien qui entre, deux bocal, conclut à un viol. Le médecin de la famille confirme cet invraisemblable diagnostic. D'où plainte au parquet et

un médecin-légiste est commis pour examiner l'enfant. On reconnut alors qu'il n'y avait aucun signe permettant de conclure à un viol, mais que la petite malade portait une tumeur sur le compte de laquelle le médecin ne pouvait se prononcer.

Conduite à l'hôpital Trousseau, on n'eut qu'à introduire une sonde dans l'orifice urétral pour voir couler l'urine et faire le diagnostic de la lésion.

CONCLUSIONS

I.— Le prolapsus de la muqueuse de l'urètre se rencontre chez la femme dans les $2/3$ des cas de 1 à 15 ans.

II.— L'anatomie explique, par la présence d'une couche conjonctive lâche entre la tunique muqueuse et la tunique musculieuse, que le glissement de la muqueuse puisse se produire.

III.— Les causes produisant ce prolapsus sont :

a) L'effort susceptible d'augmenter la pression abdominale (toux, effort de défécation et de miction) ;

b) Les phénomènes d'infection issus de la vulve ou de l'urètre ;

c) L'affaiblissement des tissus dû à la plupart des maladies infectieuses et en particulier à la tuberculose.

IV.— Le diagnostic est facile, la présence du méat urinaire signe le diagnostic.

V.— Le pronostic est bénin.

VI.— Un grand nombre de cas sont susceptibles de guérison par des applications de nitrate d'argent ou d'ignipunctures profondes.

Les cas graves et anciens relèvent de l'excision méthodiquement menée.

BIBLIOGRAPHIE

- BLANC (Henri). — Prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez la femme et en particulier chez la petite fille (Annales des mal. des organes génito-urinaires, juin 1895, p. 523, 537).
- BLUM. — Archives générales de médecine, août 1877.
- BORIE-LABAT. — Du prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez la femme (Th. Montpellier, 1905).
- BRINON. — Contribution à l'étude de l'urétrocele vaginale (Th. Paris, 1887-88).
- BROCA (A.). — Annales de gynécologie et d'obstétrique, mars 1896, p. 213.
— Leçons cliniques de chirurgie infantile. Leçon XXXIV, p. 478, 1902.
- BRYANT (Th.). — Lancet, vol. I, 1894.
— British med. Journal, vol. I, p. 1021.
- CABROL. — Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme (Th. Montpellier, 1898-99).
- COMBY. — Communication à la Société médicale des hôpitaux, 23 oct. 1896.
- DOLLEZ. — Polypes de l'urètre chez la femme (Th. Paris, 1866).
- DUPIN. — Végétations hémorroïdales de l'urètre chez la femme (Th. Paris, 1873).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. Article de Michaux : Tumeurs polypoïdes du méat et de l'urètre chez la femme.
- DUPLAY. — Un cas d'urétrocele vaginale (Semaine médicale, 1899, XIV, p. 33).

- FLEYSSAC. — De quelques tumeurs de l'urètre chez la femme et principalement des tumeurs hémorroïdales (Th. Paris, 1879).
- GARNIER-MOUTON. — Tumeurs hypertrophiques et vasculaires de l'urètre féminin (Th. Paris, 1875).
- GIULINI (P.). — Münchener med. Wochenschrift, n° 35, 1894).
- GRANCHER, COMBY, MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance, t. III, p. 554. Article de Comby : Hémorragies vulvaires.
- GUERSANT. — Gazette des hôpitaux, 1841.
- Bulletin de thérapeutique, 1866.
- HENRY. — Polypes de l'urètre chez la femme (Th. Paris, 1858).
- HOLLANDER. — Berliner klin. Wochenschrift, n° 8, 1896.
- JOUDEAU. — Tumeurs vasculaires polypoïdes du méat urinaire (Th. Paris, 1898-99).
- JOURASSOUSKY. — Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou, 1896.
- KLEINWACHTER. — Mémoire sur le prolapsus de l'urètre, 1891.
- KUSHEFF. — Russky Wratch, 1896.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1898, p. 802-810.
- LAMBLIN. — Le prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez les petites filles.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie, XXXI, p. 81. Article de Forgue.
- LEMOINE. — Tumeurs hypertrophiques de l'urètre chez la femme (Th. Paris, 1866).
- MALLEY. — Gazette des hôpitaux, 1860.
- MORAND et RICHARD. — France médicale, 1888.
- MOSSOP. — Ectropion of the female urethra (British med. Journal, II, p. 988, 1898).
- MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum, t. III, Epist. L, n° 51.
- PATROU. — Archives gén. de méd., 1897, n° 10.
- PIED-PREMIER. — Urétrocèle vaginale (Th. Paris, 1887-88).
- POURTIER. — Prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez la femme (Th. Paris, 1895-96).
- PUECH et PUIG-AMELTER. — Gaz. des hôpitaux, 8 nov. 1898.

RECHNIEWSKA. — Prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme, 1899-1900.

REPITOU-PRÉNEUF. — Polype de l'urètre chez la femme, 1896-97.

TAVIGNOT. — Examineur médical, 1842, p. 73 et 85.

THÉVENON. — Polypes de l'urètre chez la femme (Th. Paris, 1869).

VILLAR. — Prolapsus de la muqueuse urétrale (France médicale, 1888).

VARY. — Hernie de la vessie à travers l'urètre (Th. Bordeaux, 1894-95).

VOILLEMIN. — Prolapsus de la muqueuse de l'urètre chez la femme (Th. Paris, 1898-99).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 29 novembre 1919.

Le Recteur,
Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 28 novembre 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
